9

Epileptische Psychosen.

Inaugural-Dissertation,

welche zur Erlangung der Doctorwürde in der

MEDICIN UND CHIRURGIE

mit Zustimmung der Medicinischen Facultät der

Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

am 22. November 1890

nebst den angefügten Thesen

öffentlich vertheidigen wird der Verfasser

GUSTAV LENNHOFF

practischer Arzt aus BERLIN.

OPPONENTEN:

Dr. David Munter, practischer Arzt in Berlin.
Dr. Alfred Neumann, Assistenzarzt am Krankenhaus Friedrichshain.
Rudolph Lennhoff, cand. med.

BERLIN, 1890.

Buchdruckerei M. STOLZENWALD, Oranienstr. 174.

DEM ANDENKEN

seiner seeligen Mutter

gewidmet

vom Verfasser.

Obwohl es schwierig ist, ja fast unmöglich erscheint, eine genaue Statistik über das Vorkommen der Epilepsie in den einzelnen Ländern zu führen, die grosse Verbreitung dieser für den Betroffenen, wie für seine Familie so qualvollen Krankheit steht ausser Frage.[1])

Nun scheint es richtig zu sein, was *Châtelain*[2]) behauptet, 60 % aller Epileptiker habe intellectuelle Störungen. Denn auch *Althaus*[3]) constatirte bei 161 von 250 Epileptikern, also in 64,4 % psychische Laesionen. — Die Häufigkeit geistiger Anomalien bei Epilepsie erhellt auch aus einer Angabe von *Raths*[4]), der 7,67 % aller in Heil- und Pflegeanstalten Deutschlands befindlichen Kranken an „Seelenstörung mit Epilepsie" leidend fand und darauf aufmerksam machte, dass, während die jährliche Zunahme der Bevölkerung 3,6 %, diejenige der in Anstaltspflege befindlichen Irren 5 % beträgt, die Zahl der daselbst zur Behandlung gekommenen epileptischen

---

[1]) Es liegen mir in Bezug hierauf folgende Zahlen vor: *Lunier* schätzte die Gesammtzahl der Epileptiker in Frankreich am 1. Januar 1878 auf 33225 (s. *Féré, Ch.* Les épilepsies et les épileptiques. Paris 1890.) *Eulenburg* (Realencyclopaedie 1889) schätzte sie auf 40000. *Burlureaux* (s. *Féré:* l. c.) fand, dass von 1831 bis 1853 unter den Militairpflichtigen Frankreichs das Verhältniss der Epileptiker zur Gesammtzahl der in einem Jahre Ausgehobenen constant blieb, nämlich 16:10000. — In Deutschland wurde von *Pelman* (cit. aus *Gerstaecker* „Ein Fall von psychischer Epilepsie." Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 45, 4) die Zahl der Epileptiker auf 67000 angenommen. — Am 31. März 1886 befanden sich in belgischen Irrenanstalten 851 Epileptiker – 1/10 sämmtlicher Irren, in Heilanstalten 649, zusammen also 1500. (Ann. méd. psych. 1889 Sept.)

[2]) Ann. méd. psycholog. 1889 Novbr.

[3]) On some postepileptic phenomena. British Medical Journal 1883.

[4]) Die Zahl der Geisteskranken in den Heil- und Pflegeanstalten des deutschen Reiches 1889.

Psychosen von 1886 bis 1889 um 15,3% gestiegen ist. Erwähnen wir noch, dass im Jahre 1885 die sämmtlichen preussischen Heilanstalten 3394 „Psychosen mit Epilepsie“ enthielten,[1]) so, meinen wir, liegt in der offenbaren Häufigkeit dieser Krankheit — auch ganz abgesehen von der grossen gerichtsärztlichen Bedeutung derselben, auf welche *Engelhorn*[2]) vor Kurzem hingewiesen hat — Veranlassung genug, einerseits die Ansichten der Autoren neben einander zu stellen und zu prüfen, worin sie eines, worin verschiedenen Sinnes sind, andererseits neue Fälle zu publicieren, um zu versuchen, aus ihnen induktiv ueue Merkmale über die Form und die Entwickelung der Krankheit zu erschliessen. Ganz einerlei zunächst, ob für die Erkenntniss, geschweige denn für die Behandlung des Leidens ein Erfolg resultiert! Wenn es auch nur gelingt, das Bild der Krankheit an dieser oder jener Stelle um ein Geringes zu modificieren und zu rectificieren.

Auf solchem Wege sind die grossen Umwandlungen in der Anschauung über den Begriff der Epilepsie erfolgt, wie sie vortrefflich von *Weiss*[3]) geschildert sind. Man erkannte, dass weder die Krämpfe noch die Bewusstlosigkeit als solche, auch nicht beide vereint, wie man lange mit *Boerhave* geglaubt hatte, für Epilepsie characteristisch seien und trennte deshalb von ihr alle diejenigen Fälle, in welchen diese beiden in die Augen springenden Zeichen nur Symptome von Krankheiten waren, die mit uns bekannten pathologisch-anatomischen Zuständen einhergehen. Dahin gehören[4]): Die Krampfanfälle bei Uraemie und Eclampsie; die Convulsionen bei allen intracraniellen Erkrankungen mit erheblicher Raumbeschränkung (Profuse Blutungen, Hydrocephalus,

---

[1]) Preussische Statistik Bd. 100.

[2]) Die gerichtsärztliche Bedeutung des epileptischen Irreseins. Med. Cor. Bl. d. Würtenb. ärztl. Vereins Stuttg. 1889.

[3]) Ueber Epilepsie und ihre Behandlung. Wiener Klinik 1884.

[4]) Vgl. *Notnagel, Ziemssens* Handb. d. Spec. Path. u. Therap. 1875.

starke Hyperaemieen, Tumoren etc.); die bei Blei- und Quecksilber-Intoxication auftretenden Krampfzustände und die *Jackson'sche* Epilepsie. — Andererseits hat man eine Anzahl von bisher selbständigen Geisteskrankheiten, wie z. B. die Mania transitoria zu Symptomen der Epilepsie degradiert, und man definiert nunmehr diese Krankheit nach *Weiss*[1]): „Die Epilepsie ist eine chronische Erkrankung des Cerebrum, die in periodisch wiederkehrenden Anfällen von plötzlich ausbrechenden und ebenso rasch wieder abfallenden cerebralen Krankheitserscheinungen psychischer oder motorischer Natur mit nachfolgender mehr weniger vollständiger Amnesie besteht."

Obwohl nun, wie oben ausgeführt, psychische und motorische Zeichen in mehr als der Hälfte aller Fälle mit einander vereinigt vorkommen, hat man doch eine psychische und eine convulsive Epilepsie unterschieden, und man ist hierzu berechtigt, einmal, weil es Epilepsieen giebt, die dauernd ohne alle psychischen Störungen verlaufen und nur Anfälle von Convulsionen + Bewusstlosigkeit + nachfolgender völliger oder theilweiser Amnesie bei ganz normalem Intervall zeigen, während wir Geistesstörungen als epileptische kennen gelernt haben, die, wenn auch vielleicht nicht dauernd, so doch lange Zeit hindurch mit Krampfzuständen nicht associirt sind; sodann aber aus dem rein praktischen Grunde, weil auf diese Weise kurz das das Krankheitsbild beherrschende Moment significiert wird. Es würde aber falsch sein, wollte man nun alle diejenigen Fälle, in denen Geistesstörungen mehr hervortreten, als Krampfanfälle, der psychischen Epilepsie zuzählen. Wir müssen vielmehr noch von der Geistestörung fordern, dass sie einen epileptischen Character habe, dass sie, wie die epileptischen Convulsionen plötzlich ausbreche und rasch wieder verschwinde.

---

[1]) l c.

Damit ist die psychische Epilepsie genau umschrieben und es finden keinen Raum in ihr

1. chronische Geistesstörungen mit spät nachfolgender Epilepsie.[1])
2. Acuter oder chronischer Alcoholismus mit Epilepsie.[2])
3. Die der progressiven Paralyse nach *Pinel*[3]) um viele Jahre vorausgehenden epileptiformen Anfälle.

Während wir bisher stets eine Mehrzahl von Anfällen in ihrem Verhältniss zu einander betrachteten, wollen wir nunmehr auch den Einzelanfall ins Auge fassen. Denn es muss uns doch darum zu thun sein, möglichst früh aus möglichst wenigen Zeichen eine möglichst sichere Diagnose zu fertigen.

Bevor wir uns aber der Symptomatologie des Einzelanfalles zuwenden, erscheint es uns praktisch, erst die Krankengeschichten der Patienten zu geben, welche wir in der Poliklinik des Herrn Professor Dr. Mendel zu beobachten günstige Gelegenheit hatten. Sie werden uns weiterhin zu Exemplificationen dienen können. Als einen besonderen Vorzug dieser Krankengeschichten aber glauben wir betonen zu sollen, dass sie poliklinischem Material entstammen; dass die meisten solche Fälle betreffen, wie sie dem praktischen Arzt überaus häufig zugeführt werden und in dem Stadium, in welchem, wenn überhaupt, von einer auf eine richtige Diagnose sich stützenden Behandlung ein Erfolg erhofft werden kann.

Beobachtung I.

Des $12^1/_2$ jährigen Postschaffnerssohnes E. W. Grossmutter mütterlicherseits ist sehr nervös; deren Mann an Phthisis pulmonum gestorben. Des Knaben Mutter hat in der Gravidität sehr an Nervosität gelitten und war sehr bleichsüchtig. Auch bekundet sie, beide Arme und Hände hätten sich öfters krampfhaft verzogen.

---

[1]) *Pohl.* Zusammenvorkommen von Epilepsie und orginärer Paranoia. Prager med. Wochenschrift 1888, No. 35.

[2]) *Galle.* Ueber Beziehungen des Alcoholismus zur Epilepsie. Berlin 1881.

[3]) Cit. nach *Eulenburg*, Realencyclopaedie.

Von 8 Kindern sind 3 und zwar an Gehirnentzündung in früher Jugend gestorben. Von Seiten des Vaters bezw. dessen Familie liegt nichts Bemerkenswerthes vor. — Patient selbst hat als Kind Masern und Windpocken gehabt, ist im Uebrigen aber stets gesund gewesen. Nur hatte er von Zahnschmerzen viel zu leiden. Im 4. Jahre erlitt er einen Sturz auf den Hinterkopf und verlor dabei das Bewusstsein. Aber er erholte sich schnell. Ueberhaupt fiel Patient als kleines Kind sehr viel und namentlich auf den Vorderkopf. Eine grosse, unregelmässige, schmerzlose Narbe inmitten der Stirn rührt daher, dass Patient eines Tages im Spiel gegen eine Laterne anrannte. — Sprechen konnte Patient schon mit $^3/_4$, laufen erst gut mit 2 Jahren. Mit 6 Jahren trat er in die Gemeindeschule ein und war bis vor Kurzem ein guter Schüler.

Vor $2^1/_2$ Jahren hatte W. zuerst einen eigenthümlichen Anfall: Aus der Schule kommend, klagt er über Uebelbefinden; plötzlich versagt ihm die Sprache, er fällt um und liegt 1 Stunde bewusstlos da. Kurz nach der Rückkehr des Bewusstseins versinkt er in einen mehrstündigen Schlaf, aus dem er erwacht, ohne zu wissen, was mit ihm vorgefallen ist. Es bleiben noch einige Tage Klagen über Kopfschmerz. — Aehnliche Anfälle kehrten seitdem öfters wieder, aber in ganz unregelmässigen Intervallen, dann tagtäglich, dann wieder erst nach Monaten. Eine Aura fehlte immer, desgleichen Convulsionen. Meist stürzt Patient plötzlich nieder. Wird es ihm aber übel, oder blickt er plötzlich stier vor sich hin oder jemand an, oder leistet er z. B. einer Aufforderung, die er sehr wohl hört, nicht Folge, so muss man ihn zu Bett bringen; dann schläft er sogleich ein und ein Anfall wird verhütet. — Im Intervall ist Abnormes an W. nicht zu bemerken. Nur klagt er öfters über Kopfschmerz. Er gilt als ein guter Spielkamerad etc.

Der schlimmste Anfall trat zu Weihnachten 1889 abends ein; wie stets, ohne dass man eine Ursache hätte entdecken können. Im Bette liegend schreit Patient plötzlich: „Da kommt ein schwarzer Mann und will mich todtstechen" und verkriecht sich dann unter die Bettdecke. Am nächsten Morgen sah er die Gestalten mit langen Spiessen im Weihnachtsbaume sitzen. Nach mehrstündigem Schlaf befand W. sich wieder wohl und erinnerte sich des Vorgefallenen ganz genau.

Status VIII. 90: Abmagerung, Schwäche, Blässe, gewöhnlicher Gesichtsausdruck. — Kopf wohlgeformt, auf Percussion nicht schmerzhaft. Pupillen weit, gut reagierend. Augenbewegungen tadellos. Gesicht und Gehör gut. Mienenspiel gut. Zunge, ohne Narben, gerade vorgestreckt. Mobilitaet und Sensibilitaet normal. Patellarreflex lebhaft. Herz, Lungen etc. normal, Urin frei von Eiweiss.

Beobachtung II.

Olga A., 19 Jahr. — Vater mässiger Potator, Lebemann, sehr sinnlich. Mutter ganz gesund. 1 Sohn starb ganz klein, 2 ältere Töchter gesund. Es folgten dann 2 Aborte, dann wurde Patientin als letztes Kind geboren. Zur Zeit ihrer Zeugung war der Vater Gastwirth und häufig berauscht. Bis zum 7. Jahr war Patientin ganz gesund und hatte auch keine Verletzungen erlitten; dann erkrankte sie an Diphtheritis und Keuchhusten, und im unmittelbaren Anschluss daran bekam sie den ersten Anfall: Die Sprache blieb plötzlich weg und, im Bette liegend, zuckte sie mit Armen und Beinen. Das Bewusstsein und die Erinnerung an das Vorgefallene blieben bestehen. Aber der Kopf wurde so schwach, dass Patientin ein ganzes Jahr aus der Schule bleiben musste, die sie seit 10 Monaten besuchte. — Vom 8. bis 17. Jahr war Patientin dann ganz wohl. In der höheren Töchterschule war sie eine sehr gute Schülerin, indes mehr durch unermüdlichen Fleiss, als durch hervorragendes Begriffsvermögen. — Vom 14. Jahr an war Pat. im elterlichen Haushalte thätig, und es wurde an ihr 3 Jahre lang Abnormes nicht wahrgenommen. Dann aber (im 17. Jahre) wurde sie längere Zeit unwohl: Krankheitsgefühl, Appetitlosigkeit, Verdauungsstörungen. Später aufgeregtes Wesen, Schwere und glühende Hitze des Kopfes, dann „Kopfkrämpfe", und plötzlich begann Pat. unter Bewusstseinverlust zu schreien, zu toben, im Zimmer umherzuspringen und gegen die Thüre zu rennen. Dann auch fiel sie zu Boden und bekam heftige universelle Convulsionen, wobei sie sich die Zunge zerbiss und Schaum vor den Mund trat. Erst nach 3 Tagen wich dieser Zustand langdauerndem, festem, stertorösem Schlaf. Aus diesem erwachend, war Pat. unfähig, sich zu bewegen, da Arme nnd Beine „gelähmt" waren, und so war sie ein ganzes Jahr lang bettlägerig. Im Laufe desselben stellten sich die ersten Menses ohne Beschwerden und ziemlich reichlich ein. — Ihrer Ueberführung in ein Krankenhaus folgte diejenige in eine Heilanstalt, weil schon nach 3 Tagen sich wieder intensive Anfälle gezeigt hatten: Pat. schrie, tobte, schlug die Wärterinnen und zerriss die Betten; dabei sprach sie unaufhörlich vor sich hin von Gott, Heiland, Hölle etc. Stimmen redeten zu ihr: „Bete! Du hast gesündigt! Sonst wirst Du nicht Engel, nicht heilig bleiben!" — Dabei sah sie Gestalten mit deutlich blauem Heiligenschein u.s.w. Dann wiederum rief sie laut: Herr Doctor! Ich komme u.dergl.m. — Erst einige Tage nach einem derartigen Anfalle erinnerte sich Pat. des Vorgefallenen, empfand aber keine Reue oder Scham, „da sie ja nichts dazu könnte." Oft sprach sie aber mehrere Tage nicht ein Wort, weinte, verweigerte Nahrungsaufnahme etc. — Seit August

d. Jahres befindet sich Pat. wohl und nur in den letzten Tagen macht sich Mattigkeit, Schwindel, Ohrensausen bemerkbar. Das Gedächtnis hat sehr gelitten.

Status IX. 90: Kräftiges, wohlgenährtes, gut entwickeltes Mädchen, Kopf regelmässig geformt, Stirn niedrig. Gesicht symmetrisch, mit etwas blödem Ausdruck, etwas schlaff. Pupillen weit, gut reagierend, Zunge, mit Narben, gerade ausgestreckt. Innere Organe intact. S., M., Musc., normal. Intelligenz mässig herabgesetzt.

Beobachtung III.

25jährige Schriftsetzersfrau H. B., hereditär in keiner Weise belastet, war bis zu ihrem 14. Jahre stets gesund. Sie war ein ausgelassenes Mädchen, liebte es, das Treppengeländer hinabzurutschen und fiel bei solcher Gelegenheit einmal mehrere Stufen hinunter und zwar so stark, dass sie ein paar Minuten „ganz wegblieb“. Aeussere Verletzungen waren aber nicht wahrnehmbar, und sie erholte sich bald vollständig. Vom 7. bis 14. Jahre besuchte sie eine höhere Töchterschule und, da sie durch grossen Fleiss ersetzte, was ihr an schneller Auffassung fehlte, machte sie gute Fortschritte. Kaum in das Elternhaus zu dauerndem Aufenthalt zurückgekehrt, erkrankte Pat. an Scharlach, Diphtheritis u. Rheumatismus. Sie war noch bettlägerig, als — kurz vor Eintritt der ersten Menstruation — ein eigenartiger Anfall auftrat: Plötzlich schien es Pat., als packe jemand ihren Hals und würge sie, und eine furchtbare Angst erfüllte sie etwa 5 Minuten lang, während welcher sie die Besinnung nicht verlor. Nachher blieb nur ein Gefühl der Müdigkeit. — Anfälle ähnlicher Art, aber schwereren Grades, bei denen auch das Bewusstsein sistierte, traten von nun an in etwa 5—6 wöchentlichem Intervall, jedoch nicht mit typischer Regelmässigkeit, auf; allmählich gesellten sich auch leichte Krämpfe zur Bewusstlosigkeit hinzu und, da ärztlicherseits das ganze Leiden mit der zwar regelmässigen, aber sehr spärlichen Menstruationsblutung in Beziehung gebracht wurde, liess Pat., damals 18 Jahre alt, sich in der Klinik eines namhaften Gynäkologen einer Operation unterziehen — mit dem Erfolg, dass am 2. Tag p. op. sie einen epileptischen Anfall von ganz besonderer Stärke zu bestehen hatte, und dass von nun an die Zahl der Attaquen wesentlich zunahm. Oft auch und namentlich nachts war es Pat. nur, als käme ein Anfall. Derselbe „ging dann aber wieder zurück“. Zu Hause beschäftigte sich Pat. in der Wirthschaft und verdiente sich mit Sticken 3 bis 4 Mark(!) wöchentlich. Sie hat aber, da ihre Eltern ihr genug gaben, niemals Noth gelitten. Vor drei Jahren, im Alter

von 22 Jahren, verheirathete Pat. sich, und nun wurde es erst recht schlimm. Der Mann war oder wurde ein Trinker, der allabendlich berauscht nach Hause kam. So hatte sie Kummer, Gram und Sorge. — Sie gebar ein gesundes, starkes Kind ziemlich leicht. Das Wochenbett verlief gut, während zur Zeit der Schwangerschaft die Anfälle sehr häufig waren. Keine Aborte. Bald nach ihrer Niederkunft begannen dann die Anfälle von Neuem und wurden immer heftiger: Pat. merkt das Nahen des Anfalles an einem eigenthümlichen Gefühl des Schwindels und der Schwäche etwa 2 Minuten vorher, so dass sie eben noch Zeit hat, sich hinzuwerfen oder um Hilfe zu rufen, dann schwindet das Bewusstsein, und sie liegt für 4 bis 5 Stunden in Krämpfen, die mit einem starken nach rechts Drehen des Kopfes beginnen, erst tonisch, dann klonisch sind. Zähneknirschen, Zungenbisse. — Oder aber: Es fehlen die Krämpfe und Pat. macht „Dummheiten“, deren sie sich nachher nicht erinnern kann: Sie zieht sich z. B. aus und will unangekleidet auf die Strasse gehen; sie spricht verworrene, unverständliche Sätze; sie erkennt ihre Angehörigen nicht u. s. w. Manchmal auch kreischt sie in fürchterlicher Angst laut auf. In der Zwischenzeit ist Pat. meist still, melancholisch, weint viel oder sie ist überaus launisch und eigensinnig. Sie will, sagt sie, einen Tag wie den andern leben, ihr Tagewerk in einer bestimmten Reihenfolge verrichten und darin nicht durch ungewohnte Dinge gestört werden etc. Die Mutter sagt, den ganzen Tag wirthschafte ihre Tochter, aber statt eines mache sie 10 Gänge und komme so nicht von der Stelle.

Status X. 90: Magere, anämische, schwache Frau mit kachektischer Hautfarbe, von Mittelgrösse, mit gutmüthigem, etwas weinerlichem Ausdruck im Gesicht und etwas stumpfem der Augen.— Kopf mesocephal, ohne Asymmetrieen, ohne Narben, ist auf Percussion nicht schmerzhaft. Haare, dunkelblond, fallen in letzter Zeit sehr aus. Gesicht symmetrisch, ohne Paresen. Nasolabialfalten verstrichen. Zunge mit reichlichen Narben, zittert etwas. Brust und Abdominalorgane intakt. Desgleichen Muskelirritabilität, Sensibilität und Mobilität, sowie Gesichts- und Gehörsinn. — Pupillen, sehr weit, beiderseits gleich, gut reagierend bei Accomodation und Lichteinfall. Patellarreflexe lebhaft.

Beobachtung IV.

Der 41jährige, hereditär nicht belastete[1]) Tischler H. hat als kleines Kind, dann später in der Schule im 7. Jahr Krämpfe gehabt, die dann aber sistierten bis zum 24. Jahr, in welchem er

[1]) Der Vater, der im 80. Jahr an Altersschwäche starb, war Gastwirth.

einmal mehrere Stunden bewusstlos war. Es folgten dann noch mehrere Krampfanfälle ganz geringen Grades. Schliesslich hörten sie ganz auf, aber oft hatte Pat. noch das Gefühl, als käme ein Anfall, was ihm furchtbare Angst verursachte. Namentlich des Nachts erschrak er häufig ohne besondere Ursache und sprang dann plötzlich auf. — Erst seit 6 Monaten haben Anfälle dieser Art aufgehört, aber Pat. schläft doch meist nur von 10 bis 12 Uhr; insbesondere, wenn er sich für den nächsten Tag eine Arbeit vorgenommen hat.

In der Mittelschule, die er mit 13¼ Jahren absolviert hat, war Pat. stets ein guter Schüler. Auch in seinem Beruf als Böttcher, später als Tischler, kam er gut voran. Seine Ehe ist eine glückliche. Er hatte 5 Kinder, von denen 2 ganz jung starben, 3 gesund sind. Nur stottert das Jüngste ein wenig.

Um noch mehr Geld zu verdienen zu einer Zeit, da die Tischlerei darniederlag, begann H. in Berlin ein Grünkramgeschäft, verlor aber, „weil er zuviel verborgte“, viel Geld. Der hierdurch hervorgerufene Aerger brachte ihm eine Gelbsucht von 6wöchiger Dauer ein. Nach Aufgabe des Geschäfts arbeitete H. als Tischler in einer Instrumentenfabrik 5 Jahre zu voller Zufriedenheit seines Chefs. Er hatte 6 Untergebene, die von ihm selbst herangebildet waren. Im Jahre 1889 nahm man ihm diese fort auf Betreiben eines neuen Comptoiristen, und, als dieser dann in den Arbeitsraum trat, „langte ihm H. ein paar.“ In Wirklichkeit schlug er ihn nieder und misshandelte ihn, auf ihm knieend, gröblich. Deswegen angeklagt, gab H. an, er wisse nicht, wie er dazu gekommen sei und was er gethan habe. Und auf Grund eines gerichtsärztlichen Erkenntnisses wurde er freigesprochen. Im Verhandlungstermin war Pat. sehr aufgeregt, fiel hin und bekam Krämpfe.

H. arbeitete dann noch in derselben Fabrik bis Mai 1889. Aber die Arbeit ging ihm nicht mehr wie früher von statten. Pat. wurde von Tag zu Tag magerer und schwächer, so dass ihm das Stehen sauer und das Gehen fast unmöglich wurde. Alles ward ihm zuwider. Selbstmordgelüste konnte er kaum unterdrücken. Schliesslich musste er zu Hause bleiben, da seine Füsse anschwollen, die Beine steif wurden und bei der kleinsten Aufregung alle Glieder zitterten. Es kam hinzu, dass er anfing, viel zu husten und dabei Blut auszuwerfen. Sein Kopf war immer benommen; er fühlte einen eigenthümlichen Druck, der ihn geistiger Arbeit, wie des Rechnens, unfähig machte. Im August 1889 musste H. sich zu Bette legen. Er war schwindlig, sah alles schwarz, hörte jemand hinter sich und wurde vor Angst sehr aufgeregt, so dass er gar nicht schlafen konnte. Zudem fühlte er sich wie zerschlagen, wie

gelähmt. Es war ihm, als wäre er todt, als gehörten ihm die Glieder gar nicht. Bohrender Kopfschmerz. Verfolgungsideen. Jetzt, September 1890, haben zwar die Anfälle aufgehört, aber H. fühlt selbst, „wie es immer weniger mit ihm wird". Trotz guten Appetits und regelmässiger Verdauung magert er ab und wird so schwach, dass das Heben der Arme ihm Mühe macht. Nach ½ stündigem Sprechen ist er zum Umfallen matt. Das Gedächtnis schwindet rapide: Leichte Rechenaufgaben gelingen ihm nur noch, wenn es ganz still um ihn ist. — Bemerkenswerth sind immer wiederkehrende Selbstmordideen.

Status IX. 90: Mittelgrosser, breitschultriger Mann. Das buschige, schwarze Haar des Kopfes und Bartes und die tiefliegenden, grossen, dunklen Augen contrastieren lebhaft mit der wachsartigen, fahlen Blässe des Gesichtes. Der Gesammteindruck ist der eines Menschen, der sich nach Kraft sehnt, um wie früher arbeiten zu können. Das ist auch die einzige Klage, und sie presst ihm Thränen in das Auge. Nach einigem Besinnen giebt Pat. über alles Gefragte exakt Auskunft. — Ausser einer mässig vorgeschrittenen Tuberculose beider Lungen und der Lebhaftigkeit der Patellarreflexe ist nichts zu constatieren, was als wesentlich pathologisch zu bezeichnen wäre.

Beobachtung V.

11jähriges Tischlerkind Otto R. — Vater soll etwas nervös sein; Mutter ganz gesund; hatte 17 Kinder, von denen 11 klein starben, 5 ganz gesund sind, ausserdem 6 Aborte.

Otto überstand als kleines Kind Masern, lernte sehr früh laufen und sprechen und war im Beginn seiner Schulzeit tüchtig. Im 3. Jahr bekam er ohne bekannte Ursache Krämpfe, die bis zum 10 einmal alljährlich wiederkehrten, 4 bis 6 Stunden dauerten und mit langdauerndem, festem Schlaf endeten. Im Anfall: Zuckungen am ganzen Körper, Verdrehen der Augen, Zungenbisse. Nach dem Erwachen aus dem Schlaf völliges Wohlbefinden.

Später fiel es auf, dass O. sehr unverträglich war, sich tagtäglich mit den Gespielen zankte, dabei heftige Zornesausbrüche hatte, in denen er, tiefroth im ganzen Gesicht, die Kinder grob schlug. Auch die Leistungen in der Schule wurden schlechter. Im letzten halben Jahre änderten sich seine Zeugnisse derart, dass er z. B. im Rechnen ziemlich befriedigend bekam, während er früher stets recht gut als Censur erhalten hatte.

Vor 3 Wochen war der letzte Anfall, der sich von den vorhergehenden vornehmlich durch die Heftigkeit der Erscheinungen und das Fehlen von Krämpfen unterschied: Plötzlich schlug O. die Mutter in's Gesicht und lief dann fort, als ihm Vorwürfe gemacht

werden sollten. Als er dann nach ein paar Minuten zurückkehrte, hatte er Mädchenkleider angelegt und wäre weggelaufen, hätte man ihn nicht festgehalten. Dabei schien es, als fürchte er sich sehr vor der Bettwäsche. Nach ½ stündigem Schlaf völlige Amnesie. Aufwachen mit Gefühl des Druckes im Kopf. — Einen Tag darauf waren leichte Zuckungen in den Beinen und Armen, sowie im Gesicht zu bemerken, und letztere bestehen rechterseits noch oft einen ganzen Tag, um in den nächsten Tagen wieder völlig zu verschwinden. Das Gedächtniss nimmt sehr ab.

Status IX. 90: Mässig starker, gutgenährter Knabe (er hat im letzten Jahr 15 Pfund an Gewicht zugenommen). Matter, weinerlicher Ausdruck des Gesichts, schlaffe Gesichtszüge, leichte Zuckungen. Schädel dolichocephal und ziemlich gross, ohne Narben, überall bei Percussion etwas schmerzhaft; Pupille links weiter als rechts, beiderseits gut reagierend. Gesichtsvermögen, Gehör und Geruch intact. Sensibilität und Mobilität normal. Haut und Sehnenreflexe sehr lebhaft. Brust und Abdominalorgane ohne Besonderheiten.

Beobachtung VI.

44jähriger, hereditär nicht belasteter Schneider L., verheirathet, Vater von 4 gesunden Kindern. In der Jugend Tripper, Schanker, keine Verletzungen. — Bekam im 30. Jahre zuerst Epilepsie (Cri; universelle Convulsionen, 2 bis 3 Minuten lang; Bewusstlosigkeit; Amnesie; keine Aura!). Später meist 3 bis 4 Anfälle im Monat. Dabei Verletzungen: Beulen am Kopf, Ausschlagen von Zähnen, Zungenbisse. Es folgte langandauernder, fester Schlaf und mehrstündiges Schwindelgefühl. In letzter Zeit Abnahme des Gedächtnisses, Reden wirrer Dinge, Arbeitsdrang. — L. giebt als Ursache seines Leidens an, er habe stets alles zu ernst genommen, habe stets die beste Arbeit liefern wollen; seine Gesellen hätten ihm aber viel Aerger bereitet, und durch die viele Aufregung sei er krank geworden.

Status XI. 90: Bemerkenswerth nur die Lebhaftigkeit der Patellarreflexe. Keine Zeichen ehemaliger Lues.

Analysieren wir jetzt kurz die hier geschilderten Fälle vom neurologischen und psychiatrischen Standpunkte aus, so treffen wir im Falle V auf einen 11jährigen Knaben, der ohne erhebliche hereditäre Belastung vom 3. bis 10. Lebensjahre ein Mal wöchentlich einen epileptischen Anfall hatte. Es bildete sich allmählich

bei ihm eine mässige imbecillitas animi und der so häufig damit verbundene Drang zu Gewaltthätigkeiten aus. Sehr characteristisch hierfür sind: Die Misshandlung der eigenen Mutter, das Anlegen von Mädchenkleidern und die Lust zum Fortlaufen.

Der im Alter nächststehende Knabe (Fall I) ist von seiten seiner Mutter hereditär schwer belastet. Man irrt wohl nicht, wenn man das häufige Hinfallen in der ersten Kindheit als Symptome epileptoider Anfälle annimmt. Erst vom 10. Lebensjahre ab treten die Anfälle von petit-mal deutlich in Erscheinung und schliesslich erfolgt Weihnachten 1889 Abends ein bis zum Morgen währendes Delirium hallucinatorium.

Ein besonderes Interesse wegen ihrer thatsächlichen oder wenigstens angenommenen Beziehungen zur Menstruation nehmen die beiden weiblichen Patienten (Fall II u. III) in Anspruch: Das 19jährige Mädchen (Fall II) ist die Tochter eines starken potator. Dem ersten epileptischen Anfall im 7. Lebensjahre folgt ein Jahr lang ein geistiger Schwächezustand (imbecillitas) und diesem angeblich eine völlige Euphorie vom 8. bis 17. Lebensjahre. Den ersten Menses geht unmittelbar voraus ein Erregungszustand, den wir als mania präepileptica ansehen. Nach dem Anfall besteht ein 1 Jahr währender lähmungsartiger Schwächezustand ähnlich denen, die als postepileptische Paraparesen bekannt sind. In diese Zeit fällt ein Delirium hallucinatorium acutum, in dem besonders lebhafte Gesichts- und Gerhörshallucinationen hervortreten. Bemerkenswerth sind ferner einzelne Aequivalente mit hypochondrisch-melancholischen Vorstellungen. Ein mässiger Grad von Imbecillität haftet auch dieser Pat. an.

Hereditär nicht belastet ist die 25jährige Frau (Fall III) die gleichfalls kurz vor der ersten Menstruation einen starken Angstanfall hatte. Wegen der späterhin regelmässig prämenstruellen leichten Krämpfe

wird eine gynäkologische Operation vorgenommen; zwei Tage später bietet sich das Bild der Epilepsia gravis dar. Die Patientin geht eine höchst unglückliche Ehe ein und unmittelbar nach der ersten Geburt setzt die in graviditate sistierende schwere Epilepsie wieder ein. Krämpfe wechseln mit Aequivalenten von epileptischem Irresein und es verbleibt schliesslich eine dauernde hypochondrisch-melancholische Gemüthsverstimmung.

Die Verbindung von Phthisis und Epilepsie fällt auf bei dem 41jährigen, hereditär nicht belasteten Pat. (Fall IV). Einer Krampfperiode im 7 Lebensjahre folgt ein anfallsfreies Intervall bis zum 24. Jahre. Da tritt eines Tages mehrstündige Bewusstlosigkeit auf. Krämpfe wechseln häufig mit Anfällen von pavor nocturnus. Der triebartige Impuls zur Gewaltthätigkeit lässt ihn seinen Vorgesetzten schwer misshandeln (Jan. 1889). Im August 1889 tritt ein Mal nachts acute Verworrenheit mit Verfolgungsideen ein, denen kein System zu Grunde liegt. Der demente Pat. leidet seit 6 Monaten an Insomnie.

Erst im 30. Lebensjahre wurde der 44jährige Patient (Fall VI) epileptisch. 3 bis 4 Anfälle treten im Monat auf. Psychisch ist ausser Imbecillitas die hypochondrische Gemüthsstimmung bemerkenswerth.

Es ist natürlich ausgeschlossen, dass in diesen von uns beobachteten 6 Fällen die Zahl der Symptome der epileptischen Psychose sich erschöpfe. Sie bieten aber gute Beispiele, weil eine Reihe von characteristischen Zeichen in ihnen vertreten sind. Dabei sei aber betont, dass weder das Vorhandensein eines einzelnen noch das Fehlen einer Anzahl der im Folgenden aufgeführten Merkmale für die Diagnose pro oder contra epileptische Psychose Ausschlag gebend sein kann, dass vielmehr, wie oben erläutert, eine Sicherung der Diagnose nur duch den Typus im Verlaufe der Anfälle erzielt wird. Der Einzelanfall aber wird, wenn genau beobachtet und

analysirt, häufig doch den Gedanken an den epileptischen Character der Psychose aufkommen lassen.

Der Anfall lässt sich in die 3 Stadien der Ascension, des Fastigium und der Descension oder, wie man sich auszudrücken pflegt, in die Aura, den Anfall schlechtweg und die unmittelbaren Folgeerscheinungen eintheilen. Zumeist kommen alle 3 Stadien miteinander verbunden vor. Wenn eines fehlt, so ist es das der ausgebildeten Psychose, und wir sehen dann den Patienten, der das beängstigende Gefühl des Herannahens des Anfalles hatte, plötzlich erleichtert sagen: Es geht nochmal vorüber. Aber selbst dann ist meist das 3. Stadium vorhanden. Ist aber der eigentliche Anfall dagewesen, so hat derselbe nach Ansicht der grossen Mehrzahl der Beobachter weder ganz plötzlich eingesetzt, ohne dass eine Reihe von prodromalen Erscheinungen sich gezeigt hätten, noch auch bricht er ganz plötzlich ab und weicht einem völlig normalen Zustande. Fiebig[1]) freilich fand in 32 Krankengeschichten 13 mal Vorhandensein und 12 mal Fehlen der Aura. Aber man kann wohl annehmen, dass in diesen 12 Fällen die Aura von sehr kurzer Dauer gewesen ist. Denn, wenn sie auch meist einige Minuten währt, so sind doch genug Fälle publiciert, in denen sie nur 2 bis 3 Secunden bestand. Uebrigens beobachteten wir, dass für die ersten Anfälle eine Aura in Abrede gestellt, für die späteren aber zugegeben wurde, so dass es scheint, als ob sie erst gelernt werden müsse. Auch ein Stunden- oder Tagelanges Unbehagen als Vorläufer der epileptischen Psychose (wie im Fall II) gehört zu den Ausnahmen, und man kann darüber im Zweifel sein, ob man im gegebenen Falle es nicht mit einer intercurrenten Erkrankung des anfallsfreien Intervalles zu thun hat. — Eine Analogie herauszufinden derart, dass in den Fällen, in denen den epileptischen Convulsionen eine Aura vor-

[1]) Clinical observations on epileptic insanity. Glasgow med. journal, 1888 II, 3.

ausging oder fehlte, dasselbe in gleicher Weise bei den epileptischen Psychosen zu constatieren gewesen wäre, gelang mir für meine Beobachtungen nicht.

Will man nun kurz den Grundzug des Verhaltens des Pat. vor und nach dem Fastigium bezeichnen, so kann man sagen, dass die Aura mehr den Character der Exaltation trägt, während im descendirenden Stadium depressive Zustände prävalieren. Hier ist es von seiten des Intellectes Stumpfheit, von seiten des Willens Gefühl des Unvermögens oder auch der Unfähigkeit, irgend etwas fest zu wollen, Unaufgelegtheit zu jedweder geistigen Arbeit, von seiten des Gemüthes Verstimmung; in der Aura sehen wir oft Zanksucht, Stimmungswechsel, Hast, bald diese, bald jene Arbeit zu verrichten und Angst, es stehe Böses bevor. Dieses Angstgefühl ist in der Regel der Effect von Hallucinationen des Gehöres, Gesichtes und Geruches, die ihrerseits wohl als Folge bestehender Hyperästhesie der Sinnesorgane aufzufassen sind. Das Höhestadium des epileptischen Anfalles stellt sich dar einerseits in einem eigenartigen Gemisch von Grössen, schreckhaften und religiösen Delirien, andererseits in Zwangsvorstellungen und triebartigen Impulsen, Verbotenes zu thun z. B. Gegenstände zu zertrümmern, einen Diebstahl zu begehen, aber auch mit rücksichtslosester Gewaltthätigkeit jemanden zu misshandeln. [Siehe Beobachtung IV.] —

Gerade in diesen Fällen, in denen die Erregung sich bis zu furibunder Manie steigert, folgt im 3. Stadium eine besonders tiefe Depression unter den Erscheinungen der Melancholie und Hypochondrie, die oft Selbstmordideen weckt (Fall IV) und auch wirklich zum suicidium geführt hat,[1]) oder es folgt ein schwerer Stupor, dem oft langdauernder fester Schlaf (Fall I und II) vorangeht. Nach einige Tage währendem Bestehen des Stupors ist der Kranke wieder völlig gesund.

[1]) Baker u. Hichle: Postepilept. Psychose, Neurol. Centralbl. 1884, p. 44.

Ob die Patienten sich des Vorgefallenen erinnern, darüber sind die Autoren verschiedener Ansicht.

Samt meint, eine Erinnerung bestehe nur kurz nach dem Anfall und *Echevierra* glaubt, die Zeit getrübter Erinnerung noch zum Anfall selbst zählen zu sollen. Später aber fehle die Erinnerung meist fast vollständig. Dem entgegen bezeichnet *Eulenburg* es als besonders wichtiges Merkmal, dass kein Erinnerungsdefect vorhanden sei. Unsere Beobachtungen sind nicht zahlreich genug, nach dieser oder jener Richtung hin eine Entscheidung zu treffen. Häufig ist es ja auch schwierig, festzustellen, ob die Wiedergabe des Vorgefallenen wirklich der eigenen Erinnerung des Pat. entspringt oder nicht vielmehr sich auf die Erzählungen der Umgebung stützt. Uns wurde meist geantwortet, man habe sich der Vorgänge nicht erinnern können. Bei schweren Attaquen aber scheint dieses Regel zu sein.

Es ist dann noch beobachtet worden, dass einzelne ganz bestimmte Vorstellungen nicht nur in mehreren Anfällen einer Person, sondern auch bei verschiedenen Kranken ziemlich häufig vorkommen. Dahin gehört z. B. diejenige des schwarzen Mannes, der den Hals des Pat. würgt (Fall III und IV); diejenige von Engeln, deren Haupt von einem deutlich rothen Heiligenschein umgeben ist u. s. w. Diese z. Th. Hallucinationen der Sinne, z. Th. eigenartigen Sensationen an den als Prädilectionsstellen bekannten Körperregionen ihren Ursprung verdankenden Vorstellungen sind aber für die Diagnose schwerlich zu verwerthen, und, fahndet man auf sie, so werden sie oft entschieden in Abrede gestellt. [Blauer Heiligenschein in Fall II.]

Dieses Bild der psychischen Epilepsie kann nun für sich allein erscheinen oder aber zusammen mit dem der convulsiven Epilepsie. Im ersteren Falle sprechen wir von „psychisch-epileptischem Aequivalent“, im letzteren je nach der zeitlichen Lage der psychotischen

und convulsiven Anfälle von prae- und postepileptischem Irresein. An Häufigkeit überwiegen bei Weitem die Fälle postepileptischen Irreseins, während praeepileptisches Irresein sehr selten ist.[1]) Psychisch-epileptische Aequivalente kommen ebenfalls häufig zur Beobachtung. Indes, wenn es auch wohl zu weit gegangen ist, sie völlig zu leugnen, wie es *Savage*[2]) that, der alle diese Fälle als postepileptische mit larvirter convulsiver Epilepsie betrachtet wissen wollte, soviel muss anerkannt werden, dass bei einer nicht unerheblichen Anzahl sehr wohl die stattgehabten leichten Convulsionen übersehen worden sein können und noch übersehen werden. Ob aber die epileptische Psychose vor oder nach oder ohne die convulsive Epilepsie eintritt, ihr Bild ist das obige.[3])

Das etwa sind die Anhaltspunkte, die uns der Einzelanfall für die Diagnose bietet, wobei wir die somatischen Erscheinungen als nicht von Bedeutung absichtlich übergangen haben.

Eine wesentliche Förderung erhalten wir sodann durch Erhebung der Anamnese, und dieses führt uns zu der Frage nach der Ursache epileptischer Psychose.

Der Gedanke liegt nahe, die Epilepsie als Ursache anzusehen, somit die epileptische Psychose als eine Folgeerkrankung der epileptischen Convulsionen aufzufassen; umsomehr, als, wie bemerkt, postepileptisches Irresein das häufigst vorkommende ist. Aber eine Reihe von Thatsachen widerspricht mit Entschiedenheit dieser Annahme: Sind die Convulsionen im Stande, eine Psychose zu erzeugen, so sind sie es umsomehr, je stärker sie auftreten. In Wirklichkeit beobachten wir aber gerade in den durch häufigere petit-mal-

---

[1]) S. *Mendel*. Praeepilept. Irresein. Neurolog. Centralblatt 1884, p. 549.

[2]) Beziehungen zwischen Epilepsie und Irresein. Brain, 1887. Jan. ref. in Allg. Zeitschrift für Psychologie, Bd. 45.

[3]) Für die postepileptischen epileptischen Psychosen ist noch bemerkenswerth, dass die einzelnen Attaquen ein und desselben Epileptikers oft photographische Gleichheit mit einander haben.

Fischer, Berliner Klinische Wochenschrift 1884, No. 4.

Attaquen[1]) ausgezeichneten Fällen von genuiner Epilepsie den Eintritt einer Psychose. — Des Weiteren vergeht zwischen dem ersten Krampf- und dem ersten Psychoseanfall häufig eine sehr lange Zeit. In der cit. Arbeit *Finlay's* schwankt dieselbe zwischen 2 und 34 Jahren. Nur scheinbar opponirt dem die Thatsache, dass namentlich in denjenigen Fällen von epileptischen Convulsionen, in denen diese in früher Kindheit auftreten und sich in kurzen Intervallen wiederholen, eine Abnahme der Intelligenz und eine Verschlechterung des Gemüthes und Characters constatiert wird. Demenz im späteren Verlaufe der Epilepsie, wie sie auch in unseren Fällen mehr weniger vorhanden ist, hat mit der eigentlichen epileptischen Psychose weder direct etwas zu thun, d. h. ist nicht eine Theilerscheinung der epileptischen Psychose, noch auch indirect, d. h. ist nicht ihre nähere Ursache, so dass die epileptischen Convulsionen über Demenz zu epileptischer Psychose führten. Das beweisen die zahlreichen Fälle von Demenz nach Epilepsie ohne Psychoseanfälle und der Umstand, dass häufig die Psychose eintritt, wo es noch ganz unmöglich ist, eine Abnahme der Intelligenz festzustellen. — Wenn wir aber auch die Convulsionen nicht als Ursache der Psychose anerkennen, so genügt doch die Häufigkeit des Miteinandervorkommens, uns zu veranlassen, bei Aufnahme der Anamnese stets danach zu forschen, ob schon Krämpfe beobachtet worden sind.

Es ist dann behauptet worden, genuine Epilepsie und psychische Epilepsie hätten ein und dieselbe Ursache, nämlich Reizungen der Hirnrinde. In einem von *Tomaschewski* und *Ssimonowitsch*[2]) publicirten Falle von linksseitigen Krämpfen fand sich post mortem rechtsseitig Verwachsung der Hirnhäute und Schwund der

---

[1]) *Eccherierra.* Besonders nach nächtlichem petit-mal; cit. u. *Eulenburg* Real-Encycl.

[2]) Zur Lehre von der Pathogenese der Hallucinationen und Epilepsie. Neurologisches Centralblatt 1889, p. 22.

Ganglienzellen der Hirnrinde infolge Bindegewebswucherung. Eine Misshandlung hatte dieses hervorgerufen, hereditäre Belastung fehlte. — Dem entgegen ist in anderen Fällen der Nachweis einer pathologisch-anatomischen Veränderung fehlgeschlagen.

Vielleicht hat *Hjertström* Recht, der nicht die Convulsionen und die Psychose auf eine Stufe gestellt wissen will, sondern letztere gleich wie die die ersteren begleitende Bewusstlosigkeit auf eine durch einen Gefässkrampf herbeigeführte Rindendyspnoë bezieht. Hiergegen aber lässt sich wiederum einwenden, dass man dann bei epileptischen Psychosen stets Bewusstlosigkeit vorfinden müsste, während doch das Vorhandensein der Erinnerung an das Vorgefallene von zuverlässiger Seite beobachtet ist. Uebrigens spricht für Circulationsstörungen als veranlassendes Moment sowohl die Analogie mit der Reflexepilepsie, für die *Brown-Séquard* und *Notnagel* jene als Ursache gefunden haben, als auch auffällige zeitliche Coincidenz von psychischer Epilepsie mit erster Menstruation (vgl. Fall II und III), mit acutfieberhaften Krankheiten (vgl Fall II), mit psychischen Erregungszuständen, z. B. Schreck, mit Traumen, insbesondere Kopfverletzungen u. s. w. — Indess müssen wir heute noch mit Althaus[1]) sagen, dass wir ein eigenartiges ursächliches Moment nicht kennen. Stellen wir nämlich aus einer grösseren Anzahl von Fällen die vermuthlichen Krankheitsursachen zusammen, so ergiebt sich nur, dass für psychische Epilepsie, ebenso wie für convulsive Epilepsie eine Prädisposition in derselben Reihe von krankhaften Zuständen gegeben ist.[2]) Warum aber in diesem Falle die Psychose eintritt, in jenem fehlt, wissen wir nicht.

Aus dem Gesagten folgt, dass wenn wir durch die Anamnese erfahren, dass der Patient schon epileptisch-

---

[1]) On some postepileptic phenomena. British Medical Journal 1883.
[2]) Siehe Preuss. Statistik, Bd. 100, p. 244.

convulsive Anfälle gehabt hat, unsere durch genaue Beobachtung des Einzelanfalles geweckte Vermuthung, es handle sich um eine epileptische Psychose, zur Wahrscheinlichkeits-Diagnose erhoben wird. Gesichert wird sie erst durch ein abermaliges Auftreten einer ähnlichen Psychose. Da aber, wo vorhergegangene epileptische Convulsionen nicht nachweisbar sind, müssen wir die ätiologischen Momente der genuinen Epilepsie (hereditäre Belastung, Alkoholismus, Trauma, psychisch-depressive Affecte) in dem Krankenexamen berücksichtigen. Wird auch hierdurch nichts Wesentliches zu Tage gefördert, so müssen wir die allenfalsige Wiederholung des Anfalles abwarten. Dann wird es stets gelingen, die pag. 4 genannten ähnlichen Krankheiten auszuschliessen.

Setzen wir nun aber den Fall, es sei gelungen, schon die erste Psychose als epileptische zu diagnosticiren. Welches ist das practische Ergebniss der neu gewonnenen Erkenntniss?

Zunächst ist es die, dass wir die Angehörigen des Patienten versichern können, dass es sich nur um eine vorübergehende Geisteskrankheit handelt, und dass von einer sofortigen Verbringung in eine Heilanstalt Abstand genommen werden kann. Denn wir wissen ja, dass spätestens in einigen Tagen der Normalzustand wiederkehrt. Aber wir werden andererseits für eine strenge Ueberwachung des Kranken Sorge tragen, um vor seiner allenfallsigen Gewaltthätigkeit ihn selbst und andere zu schützen. Im Nothfalle betäuben wir ihn mit Narcoticis. — Auf einen abermaligen Ausbruch der Geistesstörung vorbereitet, werden wir dann auch bei völligem Wohlbefinden des Patienten es an einer ebenso zuverlässigen, wie discreten Beaufsichtigung nicht fehlen lassen. Ausserdem aber werden wir versuchen, der Wiederkehr des Anfalles nach Möglichkeit vorzubeugen. Leider ist in dieser Beziehung unsere Macht nur eine

geringe. Wir werden zwar schon etwas erzielen, wenn wir den Patienten vor allen Erregungen zu bewahren bestrebt sind. Sodann werden wir Schwächezustände durch eine roborirende Lebensweise zu heilen suchen, endlich aber werden wir auch Medicamente zu Hilfe nehmen. Wunderbarer Weise hat sich Bromkali, das uns bei genuiner Epilepsie so gute Dienste leistet, bei psychischer Epilepsie nicht bewährt, wie es auch bei petit-mal relativ oft versagt.[1]) *Finlay*[2]) freilich berichtet, in 29 Fällen nur einen völligen Misserfolg von Bromkali beobachtet zu haben, während 17 mal eine theilweise, 11 mal vollkommene Wiederherstellung eingetreten sei. Er zieht wenige grosse Dosen (à 5 bis 6 grmt.) vielen kleinen vor. Seinen Standpunkt theilt *Eulenburg*. *Althaus*[3]) aber bezeichnet Bromkali geradezu als schädlich und rühmt dem gegenüber Arsenik, Chinin, Phosphor und Strychnin. Herr Professor Mendel pflegt Arsenik zu geben, und zwar in folgender Form: Sol. Fowleri 5.0 Aq. Cinnamom. 95.0 3 mal tägl. 1 Theelöffel. — Wir können versichern, dass unsere hiermit behandelten Kranken sich subjectiv und objectiv besserten. Von einer Restitutio ad integrum können wir leider nicht berichten.

Als besonders ungünstig haben sich die Aussichten bei nicht hereditärer, erworbener Epilepsie[4]) herausgestellt, und hier wiederum bieten die geringsten Chancen diejenigen Fälle, die auf ein Trauma zurückzuführen sind, welches anfangs nur minimale Symptome gemacht hat. *Hay*[5]) äussert sich darüber folgendermassen:

> It is a matter of common experience that the worst forms of mental disease are those, which thus come on gradually, months or years after the reception of the injury.

---

[1]) Siehe *Wagner* über Trauma, Epilepsie und Geistesstörung. Jahrb. für Psychiatrie, 1888, VIII.

[2]) l. c.

[3]) l. c.

[4]) S. *Savage* l. c.

[5]) The American Lancet. 1889 December.

So wenig wir aber heute eine Heilbarkeit wie der Epilepsie, so der epileptischen Psychose in Aussicht haben mögen, heute mehr als je müssen wir an sie glauben, da wir zuversichtlich hoffen dürfen, dass die Tuberculose, die nicht minder berechtigte Ansprüche auf Unüberwindbarkeit machte, ihren Herrn und Meister gefunden hat.

Ich kann diese Arbeit nicht schliessen, ohne Herrn Professor Dr. Mendel für die liberale Ueberlassung der poliklinischen Kranken, sowie Herrn Dr. Munter für mannigfache Anregung und freundliche Unterstützung meinen aufrichtigen Dank abzustatten.

Thesen.

1. *Die „Menière'sche Krankheit" ist keine Krankheit sui generis, sondern nur ein Symptom verschiedener Krankheiten.*
2. *Bei acuten Erkrankungen von Alkoholikern ist es empfehlenswerth, zur Prophylaxe des Delirium tremens allabendlich Chloralhydrat zu reichen.*
3. *Die Einrichtung von Zelt-Lazarethen an Deck der nach den Tropen fahrenden Passagier-Dampfer ist wünschenswerth.*

Lebenslauf.

Verfasser, *Gustav Lennhoff,* wurde am 13. Dezember 1864 zu Lüdenscheid in Westphalen geboren. Er erhielt seine Schulbildung auf den Gymnasien zu Lemgo (Lippe-Detmold) und zu Frankfurt am Main, an welch letzterem Orte er Ostern 1884 das Reifezeugnis erlangte. Er besuchte dann die Universitäten Freiburg (1 Sem.), Leipzig (4 Sem.) und Berlin (4 Sem.) und bestand Frühjahr 1886 zu Leipzig das Tentamen physicum, Frühjahr 1889 zu Berlin das Staatsexamen, Juni 1889 das Examen rigorosum. Dem militärischen Dienste lag er ob zu Freiburg (1/2 Jahr) als Einjährig-Freiwilliger beim königlich preussischen 5. badischen Infanterie-Regiment No. 113, als einjährig-freiwilliger Arzt (1/2 Jahr) im 2. Garde-Feld-Artillerie-Regiment zu Berlin und als Unterarzt im Pionier-Bataillon No. 5 (6 Wochen zu Glogau). Seit Beginn dieses Jahres war Verfasser als Schiffsarzt des Norddeutschen Lloyd (Bremen) in Brasilien, Australien und den Vereinigten Staaten von Nordamerika.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Docenten:

In FREIBURG: Strasser, Thun.

In LEIPZIG: Braune, Drechsel, Fürst, Hankel, Landerer, Leuckart, Ludwig, Thiersch, Wagner, Wiedemann, Wislicenus

In BERLIN: A. Baginsky, Bardeleben, v. Bergmann, Burchardt, Dührssen, Ewald, A. Fraenkel, B. Fraenkel, Gad, Gerhard, Gusserow, Koch, Lassar, Leyden, L. Lewin, Liebreich, Litten, Martius, Mendel, J. Munk, Olshausen, Rabl-Rückhard, Remak, Schweigger, Schweninger, Senator, R. Virchow, H. Virchow, Waldeyer, Westphal †.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser an dieser Stelle seinen aufrichtigen Dank aus.

